

EXPERIENCE ET EXPERTISE DU LINGUISTE DANS LE MONDE DE LA SANTE

Pascal SINGY

Université de Lausanne
pascal.singy@chuv.ch

Gilles MERMINOD

Université de Lausanne
gilles.merminod@unil.ch

Résumé

Cet entretien aborde les objets, les méthodes et les perspectives qui sont celles du linguiste en ancrage dans le cadre hospitalier et, plus généralement, dans le domaine de la santé. Après une évocation des évolutions historiques de ce champ d'investigation, il est proposé d'appréhender les objets que traite le spécialiste de la communication dans le domaine de la santé selon une double dichotomie : *frontstage/backstage* et *communication directe/indirecte*. On discute ensuite la question des méthodes adoptées et des complémentarités possibles entre des approches quantitative et qualitative. Enfin, on traite des rapports qu'entretiennent le linguiste et son terrain: d'une part, la dimension appliquée et l'ancrage social de la recherche ; d'autre part, l'influence réciproque que la médecine et les sciences du langage et de la communication peuvent avoir l'une sur l'autre.

Mots-clés : communication et médecine ; sociolinguistique ; frontstage/backstage ; communication directe/indirecte ; méthodes ; interdisciplinarité ; rapport aux praticiens.

Pascal Singy¹ est l'auteur et le co-auteur de nombreuses publications sur le langage et la santé parmi lesquelles on peut citer : Quand la médecine a besoin d'interprètes (2003), Le sida au cabinet médical (2004), Communication et médecine (2008), The impact of Communication Skills Training in oncology: a linguistic analysis (2012), Beyond the 'dyad': a qualitative re-evaluation of the changing clinical consultation (2014). Il a accepté de répondre aux questions de Gilles Merminod à propos des relations entre linguistique et médecine et, plus particulièrement, de l'expérience et de l'expertise du linguiste à l'hôpital et dans le domaine de la santé.

¹ Pascal Singy est Professeur de sociolinguistique à la Faculté de Biologie et de Médecine de l'Université de Lausanne. Il assure également des cours dans le cadre des cursus d'enseignement de la Section des Sciences du Langage et de l'Information sise en Faculté des Lettres. Les éditeurs tiennent à le remercier chaleureusement de sa participation au numéro.

Un peu d'histoire tout d'abord. Vous avez, Pascal Singy, une longue expérience de ce champ d'investigation et de pratique qu'est la santé. Peut-on situer une époque à partir de laquelle les linguistes se sont intéressés aux questions de santé ?

Il y a longtemps que les linguistes, parmi bien d'autres chercheurs et praticiens, s'intéressent aux faits de langue mis en rapport avec la médecine. De mémoire, il me semble que Georges Mounin est le premier linguiste à s'être frotté à la médecine. A la fin des années soixante, Mounin (1969) écrit un article sur le style de Jacques Lacan. Ce dernier est, on le rappelle, Docteur en Médecine et, par ailleurs, fondateur de l'école freudienne de Paris. L'article de Mounin est en fait très sévère à l'égard de l'utilisation que fait Lacan des concepts développés par la linguistique structurale, la thèse de Lacan posant que l'inconscient est un langage. Selon Mounin, Lacan fait un mésusage complet des notions développées par la linguistique post-saussurienne notamment dans la façon dont il considère et définit le signifiant. Je crois que Mounin dit même, à cette occasion, qu'est ruiné ici quinze ans d'enseignements de la linguistique. Parallèlement à cet article, Mounin (1970) écrit également sur les usages des concepts de la linguistique structurale par Claude Lévi-Strauss, il est dans ce cas beaucoup moins sévère. Pour comprendre la position de Mounin, il faut se replacer dans le contexte des années soixante : le structuralisme est à son apogée, nombre de disciplines s'en prévalent ; et, grâce au travail de Ferdinand de Saussure et à la notion de système, les linguistes estiment que leur discipline est au centre de ce mouvement. Ainsi, sans faire de recherches bibliographiques poussées, il semble que Mounin, avec cette critique très sévère du travail de Lacan, est le premier linguiste qui approche véritablement le discours médical, même s'il le fait d'une certaine façon, de manière très surplombante et à distance.

Ensuite, dans les années septante, émerge vraiment un intérêt grandissant pour le rapport entre faits de langue et médecine. Bien sûr, il y avait déjà eu des articles de médecine qui abordaient la communication. Néanmoins, il s'agissait d'aspects périphériques, et essentiellement tournés vers le lexique, le fameux jargon médical.

Et à quel moment les linguistes sont-ils véritablement entrés dans les établissements de soin ?

Sur ce point, on peut relever qu'à la fin des années soixante, William Labov et David Fanshel débutent les recherches qui aboutiront en 1977 à la publication de leur ouvrage sur le discours thérapeutique (Labov et Fanshel 1977). Dans les années septante, Roger W. Shuy aborde lui aussi la question de la rencontre entre médecin et patient sur le plan communicationnel (1974, 1976). Néanmoins, c'est véritablement à partir des années quatre-vingt que l'on voit un intérêt croissant pour la communication dans le domaine de la médecine. Il faut noter que cet intérêt n'est pas porté par des linguistes à proprement parler mais par un panel plus vaste de spécialistes du langage, comme peuvent l'être les psycho-sociologues, les psychologues ou les sociologues, à l'image de Richard M. Frankel, Aaron Cicourel, Candace West, parmi d'autres ; des chercheurs provenant de l'ethnométhodologie de Garfinkel, mais aussi des théories de l'accommodation développées par Giles. Grandissant à partir des années quatre-vingt, l'intérêt va croissant jusqu'à aujourd'hui.

Y a-t-il des dynamiques propres au champ de la santé qui expliquent cette évolution ?

Cet intérêt grandissant n'est pas seulement du fait des personnes qui ont pour centre d'intérêt la communication. De fait, cela a également été autorisé par l'émergence d'un double paradigme en médecine : celui du modèle bio-psycho-social et celui de la médecine centrée sur le patient. Le modèle bio-psycho-social tend à concurrencer dès la fin des années septante le modèle bio-médical. Au contraire de ce dernier, le modèle bio-psycho-social prend en compte la dimension socio-historique de la maladie. Ne se centrant pas uniquement sur les conditions biologiques du corps du patient, ce modèle tient compte des conditions psycho-sociales dans lesquelles vivent les patients. L'émergence d'un tel modèle a favorisé l'intérêt pour les faits de communication. Quant à l'émergence de la médecine centrée sur le patient, elle est associée à l'émergence du modèle bio-psycho-social. Elle s'oppose à une médecine, dite paternaliste, qui se fonde essentiellement sur une asymétrie, sur le fait qu'on a une voix savante – comme le dit Mishler (1984), la voix de la médecine – face à la voix des profanes, celle des patients.

De fait, l'ancrage disciplinaire des gens intéressés par le rapport entre médecine et pratiques langagières s'avère souvent être davantage entre la sociologie et la psychologie plutôt qu'en linguistique ou en sciences du langage.

Il est vrai que la linguistique n'est pas la discipline la plus représentée dans ce champ qui s'inscrit de manière plus générale dans les sciences de la communication. De fait, cela pose le problème de la frontière entre la sociolinguistique et la sociologie du langage. Il y a ici tout un débat. Et certains nous disent comme Calvet (1993) que ce sont deux expressions équivalentes alors que d'autres – Marcellesi et Gardin (1974), par exemple – insistent sur l'idée qu'en termes de production de connaissances, dans un cas, l'objet langue est la fin et non le moyen et que, dans l'autre, c'est l'inverse.

En plus de l'objet d'étude en tant que tel, la question de l'ancrage disciplinaire permet de soulever un autre aspect essentiel : celui de la perspective avec laquelle on interroge le rapport entre médecine et faits de communication. Mises à part quelques exceptions (principalement des anthropologues de la santé), les scientifiques intéressés au rapport entre communication et médecine restent encore rarement attachés directement à une Faculté de Médecine ou à un établissement hospitalier universitaire. C'est peut-être cet état de fait qui explique le regard surplombant des premières études. Pour un chercheur, être directement attaché à une Faculté de Médecine engage une toute autre perspective : celle d'être immergé dans le terrain qu'il étudie.

On peut imaginer qu'une telle perspective implique pour le chercheur d'établir un nouveau rapport aux objets investigués. Nous y reviendrons, mais, avant cela, peut-on circonscrire les objets traités par les linguistes ou les spécialistes de la communication à l'hôpital ?

Les objets traités par le spécialiste de la communication à l'hôpital peuvent s'appréhender selon deux dichotomies. La première est reprise de la perspective goffmanienne : on considère qu'il y a, du point de vue de l'utilisateur du système de soin, des objets d'étude dans le *frontstage* (la scène, c'est à cette partie que l'on accède en tant qu'utilisateur du système de soin) et dans le *backstage* (les coulisses, les usagers du système de soin n'y ont pas accès). La seconde dichotomie fait s'opposer des situations de coprésence physique (les interactants peuvent s'adapter les uns aux autres, ajuster leurs messages, s'assurer d'une compréhension mutuelle) et des situations d'absence de contact (les interactants n'ont pas la possibilité d'interagir immédiatement les uns avec les autres, de

s'assurer d'une bonne intercompréhension, comme par exemple dans le cas de brochures destinées à telle ou telle population cible) : on parle dans ce cas de *communication directe*, respectivement *indirecte*.

Prenons tout d'abord la première opposition, celle entre frontstage et backstage.

S'agissant du *frontstage*, l'un des objets les plus explorés est celui de la communication médecin-patient. Aujourd'hui, on préfère néanmoins parler de communication clinicien-patient ou soignant-patient. Il n'y a en effet pas que les médecins qui interagissent avec le patient mais également d'autres membres du personnel de santé. Il y a donc toutes sortes d'intervenants, mais également toutes sortes de situations de communication. Parmi celles-ci, c'est la consultation qui a été la plus étudiée. De fait, il y a une grande diversité de consultations, ne serait-ce déjà qu'en raison des pathologies impliquées. En outre, les consultations ont des durées qui varient, de 15 à 20 minutes en médecine générale jusqu'à des consultations de 45 minutes en psychiatrie.

Ce type d'études peut également tenir compte des enjeux sociaux. Certaines études ont en quelque sorte une approche critique. Il s'agit alors souvent de se centrer sur l'aspect asymétrique de la relation soignant-soigné pour tenter de réduire celle-ci. Je pense par exemple aux travaux que l'on peut faire sur la communication avec des patients migrants, avec des patients sourds ou malentendants, avec des personnes âgées, avec des personnes en fin de vie, avec des personnes qui souffrent de cancer. Dans ces situations, la configuration communicationnelle attendue n'est en général pas celle d'une dyade, d'un face à face entre deux personnes. On observe en général plutôt des triades, un troisième participant assurant une forme de médiation entre soignant et soigné : qu'il s'agisse d'interprètes professionnels ou non-professionnels, de membres de la famille ou encore de proches aidants. Le fait d'être plus de deux rend donc les consultations particulièrement délicates. Néanmoins, cela ne signifie pas qu'une consultation où l'on n'est que deux constitue un cas simple. Là également, il faut pouvoir s'assurer d'une compréhension mutuelle, et il peut émerger des problèmes de communication liés, par exemple, à des divergences d'agenda.

Vous parliez d'approches critiques. Est-ce principalement de cette manière que l'on aborde le frontstage, ou y a-t-il d'autres perspectives ?

Comme je l'évoquais, il y a des études qui ont un point de vue critique. Comme le disent Hydén et Mishler (1999), ce sont des études *speaking with patients*. Ce n'est bien sûr pas la seule perspective adoptée. Hydén et Mishler parlent également d'études *speaking to patients*. Dans ce cas, on réfléchit en termes de compétences. On regarde quelles sont les compétences mobilisées par le soignant pour parler au patient. Ce type d'études propose souvent de coder les entretiens : par exemple, combien y a-t-il de questions ouvertes et combien y a-t-il de questions fermées. C'est dans ce type d'approche que l'on a posé l'idée de bons entretiens, de ce qui est convenu d'appeler une *effective communication*, qui n'est d'ailleurs pas toujours bien définie. En effet, si l'on essaie de considérer ce qu'est une bonne communication, on pourrait penser de manière un peu naïve que cela suppose, par exemple, le non-recours au jargon médical. Pourtant, on sait que, pour certaines personnes, ce peut être un plus que le médecin leur dise qu'ils souffrent d'une céphalée plutôt que d'un mal de tête. Il faut donc absolument éviter les simplifications et les généralisations.

Dans le frontstage, on observe donc deux types d'approches: l'une critique, repérant notamment les phénomènes de domination et d'asymétrie ; l'autre en termes de compétences, centrée sur les manières d'améliorer la communication.

On peut encore parler d'une troisième approche davantage centrée sur le patient. Hydén et Mishler (1999) la nomment *speaking by patients*. Cette approche est liée à l'émergence de nouvelles méthodes en médecine. Si l'on parle beaucoup d'*evidence based medicine*, on s'intéresse aujourd'hui également à la *narrative based medicine*. Dans la *narrative based medicine*, on donne davantage d'espace au patient : on lui permet de raconter sa maladie, d'en définir les enjeux. Ce nouveau courant se rend compte de la pertinence de laisser de la place au patient, du fait qu'on ne peut pas réduire sa parole à des réponses à des questions fermées ou ouvertes. Une telle approche s'intéresse également à la littérature, aux productions romanesques des patients. Et là, il me faut rendre hommage à Michèle Grosjean que j'ai connue et invitée dans les troisièmes cycles que j'organisais autrefois en sociolinguistique, dont l'un, notamment, qui portait sur langue et médecine. Elle a beaucoup travaillé sur la relation médecin/patient sur le plan communicationnel. Atteinte du cancer, elle a fait filmer la fin de sa vie par son frère, cinéaste (Grosjean 2012). Le film présente

toutes les phases de la maladie jusqu'à la phase ultime, dans son lit, recouverte d'un duvet où c'est la fin. C'est une patiente, mais spécialiste du langage et de la communication, qui, en termes narratifs, rend compte de sa finitude, et c'est absolument bouleversant. La narration permet donc de prendre en compte le discours des patients d'une autre façon. De même, la narration permet également d'appréhender le discours des soignants. Cet aspect est également essentiel. On entre peut-être à ce moment-là davantage dans les coulisses des établissements de soin.

Justement, qu'en est-il des études portant sur le backstage ?

La grande majorité des études sont faites dans le *frontstage*. Le *backstage* ne reste néanmoins pas inexploré. Les études portant sur le *backstage* peuvent par exemple traiter des enjeux communicationnels dans les échanges entre cliniciens à propos de patients par exemple mais aussi à propos d'autres sujets. Il peut également s'agir de traiter des enjeux communicationnels entre différents corps professionnels qui peuvent témoigner de conflits plus ou moins larvés. Si la structure sociale est bien présente dans la rencontre clinicien-patient, elle l'est aussi dans le *backstage*, c'est-à-dire entre les différents cliniciens. Les enjeux sont d'autant plus importants que le travail interdisciplinaire est quotidien dans les établissements de soin et que, pour fonctionner adéquatement pour le bien de la communauté, il faut interagir à travers le verbal, qu'il soit oral ou écrit. De la même façon qu'on peut analyser les enjeux communicationnels relativement à l'appartenance des interactants à des corps de métiers, on peut également observer comment se distribue la parole selon le genre : l'on constate très schématiquement qu'il y a un style communicationnel genré entre les femmes-médecins et les hommes-médecins (Singy 2005, 2014).

Les études portant sur le *backstage* peuvent également être centrées sur des documents : parmi ceux-ci, les transmissions, le dossier médical ou encore la signalétique à l'intérieur même de l'hôpital. L'étude de ce dernier objet est essentielle pour comprendre comment les patients se déplacent dans l'établissement et comment ils vont se repérer dans ces lieux. Et ces préoccupations sont d'importance pour les établissements. De fait, les hôpitaux se préoccupent des usagers : si ceux-ci ont des plaintes à formuler, elles sont enregistrées et analysées. Dans ce cas, le linguiste peut également intervenir, il peut aussi traiter de ces objets.

On voit que, s'agissant du frontstage comme du backstage, il s'agit de traiter d'objets sensibles. Y a-t-il des objets qui sont systématiquement évités, en raison de leur trop grande sensibilité ou de leur trop grande difficulté d'accès ?

A priori, je pense que tout pourrait être observé du moment que l'on obtient un accord, que l'on peut pénétrer le terrain et que l'on gagne la confiance des personnes qui seraient soumises à enquête. Cela engage évidemment à tenir compte du secret médical. C'est pourquoi tous les protocoles d'enquête sont soumis au comité d'éthique afin que l'on soit assuré que le secret médical puisse être préservé. Bien sûr, certains objets ne peuvent pas être traités pour des raisons de financement ou des questions de priorité de certaines thématiques sur d'autres. Les linguistes, ou les spécialistes de la communication, ne sont pas au-dessus de la mêlée socio-politique. Ils n'échappent pas aux pressions du champ de la demande sociale qui oriente les recherches dans un sens ou dans un autre. De même, on n'échappe pas au champ axiologique. On ne peut pas éviter les valeurs qui traversent la société civile et qui engagent à étudier davantage tel ou tel objet, tel ou tel aspect. Enfin, il ne faut pas oublier les pressions du champ épistémique : on s'inscrit toujours dans un cursus de formation qui participe au choix de certains objets ou de certaines approches.

Vous parliez du découpage entre frontstage et backstage, mais également d'une autre dichotomie, celle qui prévaut entre communication directe et communication indirecte.

En discutant de la dichotomie *frontstage/backstage*, nous avons déjà évoqué un certain nombre de recherches étudiant la *communication directe*, c'est-à-dire des situations où l'ajustement mutuel des interactants est possible. Lorsque l'on s'intéresse à la *communication indirecte*, on étudie des situations où cet ajustement mutuel n'est pas possible. Dès lors, on peut, par exemple, étudier les messages préventifs ou encore la manière dont le *compendium* donne des informations sur les médicaments. Dans le cas de la santé, l'étude de la *communication indirecte* est particulièrement importante : du fait de l'absence de coprésence entre les acteurs de la communication, il n'y a pas moyen de s'assurer d'une compréhension mutuelle. C'est pour cette raison qu'il est important de mener une réflexion sur ces phénomènes, notamment sur la congruence entre le message émis et le message reçu.

Il s'agit donc d'étudier comment sont élaborés les messages et comment ils sont ensuite interprétés.

Exactement. On peut prendre le cas de la prévention sur le sida que nous avons beaucoup étudié (Singy 2004 ; Bourquin, Spencer et Singy 2012). L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) diffusait des messages préventifs dans les espaces publics helvétiques. Ces messages avaient été formulés en partie par des médecins. Néanmoins, au sein même de la population des médecins que nous avons interrogée, il n'y avait pas de consensus complet sur certains des termes utilisés. Je me rappelle que, dans cette étude qui portait plus particulièrement sur les messages préventifs de l'OFSP s'agissant des IST (*i.e.* infections sexuellement transmissibles) : nous avons observé que le choix des mots utilisés était matière à discussion. Il n'y a pas une unité que nous avons investiguée – à la fois par entretien individuel en face à face et par le biais d'une enquête statistique à large échelle auprès de cinq cent ou six cent personnes – où il y avait consensus absolu : qu'il s'agisse des termes de *fidélité, relation stable, fellation, sperme, abstinence*.

L'absence de coprésence des interactants doit vraiment nous rendre attentif aux effets de sens possibles. Il n'y a pas de possibilité de contrôler ce qui a été compris ou non. Quand on pense à la campagne sur les IST, cet enjeu est vital car il peut y avoir la mort au bout. Il y avait, par exemple, l'expression, *pas de sperme dans la bouche*, que certaines personnes comprenaient comme le fait qu'il ne fallait pas qu'il y ait de stationnement dans la bouche mais qu'il était possible d'avaler immédiatement. Ce n'est bien sûr pas cette interprétation qui était souhaitée par les promoteurs de la campagne de prévention. Un tel constat nous permet de nous rendre compte que nous n'avons pas tous la même *health literacy* et qu'il n'est pas possible de mesurer ces phénomènes à l'aune de ses propres connaissances. Un regard attentif a donc tout lieu d'être.

Nous nous sommes concentrés jusqu'à présent sur les objets d'investigation possibles pour le spécialiste de la communication dans le champ de la santé. Nous pourrions maintenant aborder la question des méthodes pour nous demander lesquelles sont privilégiées dans ce champ et pourquoi.

On peut aborder cette question telle que j'ai pu la percevoir du point de vue mon expérience personnelle. Tout d'abord peut-être, à travers l'évolution des méthodes : du quantitatif vers des méthodes mixtes. Quand j'ai commencé à travailler sur le discours médical préventif tout au début des années nonante, on

m'avait invité à faire du quantitatif, même s'il me semblait difficile d'aborder de cette manière les messages médicaux préventifs avec toute la finesse souhaitée. La tendance était, à cette époque-là, au quantitatif en adoptant une approche par questionnaire. La place d'une approche qualitative était alors très faible. Et ce n'est qu'avec le temps que des études centrées sur la communication se sont faites en termes qualitatifs. Aujourd'hui, on a des études mixtes où l'on peut avoir à la fois une approche quantitative et qualitative. Il y a plusieurs raisons à cette évolution. On s'est rendu compte que, pour l'abord de certaines thématiques, des approches quantitatives avec groupe de contrôle – comme cela se fait souvent en médecine – n'étaient pas des plus adaptées. Par ailleurs, le modèle d'une médecine centrée sur le patient a incité à faire place à des approches qualitatives. Ainsi, pour étudier le discours du patient et sa satisfaction par rapport au soin, il n'était pas suffisant de lui demander s'il était *très satisfait, satisfait, peu satisfait, pas satisfait*. Néanmoins, on reste limité en forces de travail et il n'est pas possible pour une seule équipe de recherche de réaliser des milliers d'entretiens, puis de les analyser. C'est la raison pour laquelle nous mobilisons tant les méthodes quantitatives que les méthodes qualitatives.

En somme, il s'agit de jouer sur la complémentarité des méthodes et de les mobiliser au gré des objets à investiguer et des populations concernées ?

Oui, les différentes méthodes nous apportent des regards et des informations de nature différente. Ainsi, les résultats d'une étude qualitative peuvent être mobilisés pour conduire une étude quantitative par la suite : si vous mettez quelque chose en évidence sur le plan qualitatif, il vous est tout à fait possible d'imaginer une étude qui va observer de manière quantitative dans quelle mesure le constat opéré est largement partagé ou non. De même, les résultats produits par des études quantitatives peuvent aussi être exploités pour faire du qualitatif : par exemple, des corrélations statistiques qu'il serait intéressant de creuser après coup à l'aide d'une étude qualitative. Il y a donc un jeu entre approches quantitatives et qualitatives qui permet de nuancer les résultats, de démontrer la complexité des phénomènes ou encore de révéler les biais d'une étude.

Au plan des méthodes, il faut encore relever une spécificité de l'approche lausannoise : nous avons toujours été accompagnés par des médecins et des cliniciens dans un esprit pluri- ou interdisciplinaire. Il nous a toujours paru

important de ne pas travailler seul et de bénéficier du point de vue des professionnels de la santé, ne serait-ce qu'en terme de connaissance du terrain.

Cette collaboration privilégiée avec d'autres corps de métier engage-t-elle une forme d'implication différente du rapport qu'a traditionnellement la recherche avec son terrain ?

Il arrive que nous valorisons certaines dimensions de recherche-action. Cela arrive dans les cas où l'on estime qu'il faut que la recherche et les chercheurs produisent le changement : cela s'est par exemple produit lorsque l'on a voulu introduire des médiateurs culturels-interprètes destinés à certains patients allophones. La recherche en question n'était pas à proprement parler une recherche-action mais elle obéissait à certains de ces principes. On pensait que le fait même d'intervenir et de parler de l'existence de ces interprètes communautaires conduirait ensuite au fait que les acteurs des institutions de soin y auraient davantage recours. Il y avait donc là les contours d'une recherche action, tel que Lewin (1948) les avait imaginé autrefois.

Nous évoquions en introduction de cet entretien non seulement l'expérience, mais également l'expertise du linguiste dans le domaine de la santé. Qu'évoque pour vous ce terme d'expertise ? Est-ce la bonne façon d'approcher le rôle possible du linguiste dans le domaine de la santé ?

A dire le vrai, je n'aime pas trop le mot « expertise », le terme ne me dit rien de bon. On sait toutes les errances auxquelles certains experts nous ont conduits. Le linguiste, c'est quelqu'un qui travaille sur les faits de langue. La linguistique offre une formation, un type de profil parmi d'autres. Comme je le disais, et comme l'histoire du rapport entre médecine et science le montre, d'autres chercheurs que les linguistes se sont intéressés à la communication. Les sociologues, les psychologues, les anthropologues, tous se sont également intéressés aux interactions verbales et, plus généralement, aux interactions sociales. Toutes ces spécialités peuvent participer à l'avancement de la recherche sur la communication en santé.

Le rôle de ce spécialiste de la communication qu'est le linguiste est d'engager la réflexion sur des aspects qui pourraient ne pas être pris en compte. Certains sociologues, par exemple, ne mettent pas assez en évidence la variabilité des systèmes linguistiques. Il y a un postulat d'un partage du sens accordé aux unités : comme si chacun se comprenait sans le moindre problème.

Dans ce cas, un linguiste, et notamment celui centré sur l'idée du système comme structure variable, peut avoir une spécificité par rapport à d'autres spécialistes de la communication. C'est ce que nous apportons avec certaines de nos études traitant du sens des mots : lorsque l'on a fait cette étude assez fine sur les traits sémantiques des signifiés d'un certain nombre d'unités utilisées dans la prévention, on a pu mettre en évidence qu'il n'y avait pas de partage complet dans une communauté donnée sur le sens des mots utilisés. Dans ce cas, on ne pouvait pas tabler sur l'implicite. On ne pouvait pas parier sur la portée de l'implicite, compte tenu de dissensions qu'il pouvait y avoir autour de certains termes. C'est probablement ce type d'analyse qu'un linguiste peut amener en plus. Il y a par ailleurs d'autres aspects sur lesquels le linguiste peut avoir un regard spécifique : la prosodie, par exemple.

Et que dire du rôle du linguiste par rapport aux praticiens de la santé ?

Pour le linguiste, il s'agit surtout de montrer aux praticiens quels sont les enjeux de la communication et de les rendre attentifs aux conséquences d'un non-partage du sens ou de la croyance d'un partage du sens. On peut reprendre l'exemple des discours de prévention du sida. Nous avons interrogé six cent médecins généralistes sur le sens de l'expression *relation stable* : la moitié d'entre eux considéraient que *relation stable* supposait une exclusivité en termes sexuels alors que l'autre moitié ne le supposait pas. Un tel constat a des implications directes dans la pratique. Imaginez un médecin en face d'un patient : sur quoi table-t-il ? Le médecin pourrait penser que *relation stable* suppose une exclusivité de partenaire et pourrait partir du principe que son interlocuteur partage la même définition de *relation stable*. Dans un tel cas, si le médecin demande à son patient s'il est dans une *relation stable* et que le patient lui répond par l'affirmative, le médecin lui dira que les problèmes de sida ne le concernent pas. Il se pourrait pourtant que la définition de *relation stable* qu'a le patient n'implique pas l'exclusivité sexuelle. Que se passe-t-il si le patient se trouve ensuite contaminé et qu'il revient vers le médecin en lui disant : « *vous m'aviez dit que je ne risquais rien en étant en relation stable* ».

C'est à ce type de phénomènes que le linguiste peut rendre le praticien attentif : aux enjeux impliqués par le non-partage du sens. De même, le linguiste peut pointer certains usages spécifiques, propres à certaines régions ou cultures, par exemple sur le tabou du non. Dans certaines cultures, il est en effet très difficile de dire non. Ainsi, si un soignant a en face de lui un patient issu d'une

culture où le tabou du non est très fort, il faudra qu'il trouve des stratégies pour s'assurer que le patient dit qu'il a compris parce qu'il a réellement bien compris et non pas pour préserver les faces.

Peut-on penser en termes de prise de conscience des enjeux communicationnels et de prise de distance par rapport à ces enjeux ?

Oui, on peut dire ça. Il y a une forme de sensibilisation sur les enjeux de la communication et sur la définition que l'on peut avoir de la communication. Cela veut dire qu'il s'agit de ne pas se contenter d'une *effective communication* qui serait valable pour tout le monde et dans tous les cas. On souhaite au contraire permettre aux praticiens de se rendre compte de l'importance et du poids des mots et des interactions verbales.

Les médecins sont tenus d'informer pleinement leurs patients. Quelles sont alors les stratégies langagières qu'ils doivent acquérir pour répondre à cette obligation ? Comment le faire tout en préservant les faces, tout en respectant autrui, tout en ouvrant un espace de discussion ? Parmi les problèmes rencontrés par les médecins, on connaît bien le syndrome du pas-de-porte : le patient est en train de s'en aller et il dit « *ah, au fait docteur, je voulais vous dire que...* », pourtant le soignant n'a plus de temps à lui consacrer alors même qu'il s'agissait peut-être d'une chose essentielle. Est-ce que le médecin a bien mené son entretien quand la consultation se termine ainsi ? De la même façon, on rencontre aussi des problèmes d'agendas : ce qui aurait dû être dit n'a pas pu être formulé parce que le médecin n'a pas suffisamment ouvert la discussion. Il y a des stratégies pour dépasser ces problèmes. Je ne dis pas que ce sont des outils très simples, qu'il y a une recette à suivre, comme, par exemple, mener l'entretien en 3 phases. Néanmoins, il y a des approches en termes de *communication skills* qui permettent d'appréhender ces problèmes. Elles sont fondées sur des recherches où l'on code un certain nombre de dimensions : les questions ouvertes, les questions fermées, le temps, les sourires, l'espace laissé au psycho-social, l'espace laissé au biomédical. De nombreuses études sont menées ainsi. Le but n'est alors pas une observation pour une observation. Il est sûr que ce sont des objets intéressants, dignes d'intérêt pour eux-mêmes. Néanmoins, il y a toujours une dimension pratique et appliquée. Nous sommes financés pour tenter d'améliorer le sort des patients et, par là même, d'améliorer la satisfaction du travail que peuvent avoir les soignants.

Par ses recherches, le linguiste essaie de sensibiliser les praticiens à certains aspects de la communication. Il espère avoir un effet sur leurs pratiques. Est-ce qu'à l'inverse, les praticiens du soin ont un effet sur la pratique du linguiste ? Autrement dit, l'expérience de ce terrain spécifique change-t-elle le rapport que le linguiste entretient à la recherche ?

La linguistique n'apporte pas seulement ses modèles et ses outils, elle en emprunte également à son contexte d'étude. Et, en cela, le rapport au contexte de la santé permet de reconsidérer nos modèles et d'interroger notre façon de faire. Le contexte médical nous a fait, par exemple, repenser notre façon d'approcher les terrains, notamment du fait du caractère très délicat de certains d'entre eux. Il y a en Faculté de Médecine un grand souci des questions d'éthique. En linguistique et dans les sciences sociales, pendant très longtemps, cette question n'était pas d'actualité, et l'on a pu interroger sans grande précaution les populations étudiées. Certaines études de faits sociolinguistiques ont été réalisées sans grande considération éthique. On ne pensait pas qu'il pouvait y avoir des enjeux particuliers sur la vie, sur l'estime de soi et sur le profil personnel des personnes soumises à enquête. De ce point de vue-là, le rapport au contexte médical nous a appris des choses et nous a permis de modifier nos propres pratiques sur d'autres objets d'investigation. De fait, ce terrain – comme tout terrain – nous met en contact avec des faits concrets, des gens qui viennent d'horizons divers et qui ont des agendas différents des nôtres. Il convient par conséquent de prendre en compte tous ces paramètres pour améliorer sa pratique.

A ce titre, la linguistique est prêteuse de ses outils et de ses modèles, mais également emprunteuse. C'est la raison pour laquelle je n'aime pas du tout les attitudes surplombantes, où le linguiste voit comment les autres se débrouillent plus ou moins mal, plutôt mal que bien. En outre, éviter une position surplombante permet de voir l'importance du contexte : Comment les gens font-ils ce qu'ils font de la manière dont ils le font ? Pourquoi agissent-ils ainsi ? Il y a nombre de contraintes qui pèsent sur les pratiques langagières. Une contrainte, parmi tant d'autres, est la contrainte temporelle : quand vous avez je ne sais combien de patients dans la journée, il n'est pas forcément possible de faire tout le temps des questions ouvertes qui permettent au patient d'avoir assez d'espace pour s'exprimer et ainsi de traiter des aspects psycho-sociaux.

Dans ce cas, tant la transmission que la discussion du savoir produit par la recherche sont fondamentales dans l'activité du chercheur. Quels sont les lieux dans lesquels le linguiste peut diffuser et transférer les fruits de sa recherche ?

La diffusion de nos résultats de recherche se fait à travers différents canaux. De fait, la transmission du savoir que nous avons produit est l'occasion de rencontrer des partenaires de divers horizons. Nous participons à des conférences internationales et nous nous rendons dans les services, non seulement dans ceux du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) mais également dans d'autres institutions. Dans le cas des nos recherches sur la gestion du secret chez les femmes séropositives (Sulstarova *et al.* 2015), nous avons notamment fait des présentations dans le département des médecines infectieuses des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et dans celui du CHUV. De même, nous avons organisé des tables rondes impliquant des gens qui travaillent avec des migrants. Ainsi, on diffuse le résultat de nos recherches au travers de colloques scientifiques internationaux, de réunions de travail avec des équipes médicales et également dans des formats plus « grand public ». Par ailleurs, nous publions dans les revues médicales ainsi que dans les revues en sciences du langage et de la communication. Il faut observer que la grande majorité des articles qui se font aujourd'hui dans le champ *communication et médecine* sont souvent relatifs à des approches *speaking to patients* (Hydèn et Mishler 2014) dans le but d'améliorer les compétences de communication des équipes médicales.

En conclusion de cet entretien, on ne résiste pas à vous demander quelles sont les pistes de recherche que vous envisagez pour le futur et quels sont les développements que vous souhaiteriez voir entrepris ?

Il nous faut continuer à explorer le rapport entre communication digitale et médecine et l'impact que l'apparition de ces nouvelles sources d'information a sur les relations soignant-soigné. Outre les faits d'addictions pathologiques dans le recours à internet, il y a aussi le fait que les patients vont s'y informer. Néanmoins, est-ce que ces sites sont fiables et quels sont les dangers d'un recours systématique à ce type d'outil ? En outre, il y a maintenant des sites qui évaluent les médecins. Que fait-on de cela ? Il faut par conséquent ouvrir nos perspectives d'investigation et, au travers de cela, être conscient de l'apparition d'une certaine forme d'expertise chez les patients. De fait, l'expertise est concomitante – il est difficile de dire si elle est corrélée – à l'apparition non

seulement d'internet mais aussi du sida. C'est en effet avec le sida que les médecins ont eu à faire à des patients qui en savaient autant qu'eux, voire davantage, sur la maladie. Cela s'explique du fait que cette maladie avait notamment touché une frange de la population extrêmement cultivée, de Michel Foucault à Jean-Paul Aron. Cette communauté s'est mise en réseau pour pouvoir en savoir plus et s'en sortir. Ils allaient mourir, et ils sont morts malheureusement. Il est difficile de savoir si c'est une question de hasard ou non. Néanmoins avec l'émergence d'internet et l'apparition du sida, les soignants ont eu affaire à des patients-experts. Cela change la donne et modifie le schéma de l'asymétrie totale entre le médecin et le patient. Cependant, si celle-ci n'est plus intangible, elle reste présente dans certains – voire de nombreux – cas. Il y a en effet de grandes disparités en matière de littéracie numérique. Je pense, par exemple, aux patients d'âge avancé qui sont au centre de deux études que nous venons de mettre en route, grâce, notamment, à un soutien de la Fondation Leenaards.

Références bibliographiques

- BOURQUIN, Céline, Brenda SPENCER et Pascal SINGY (2012), *Les mots de la prévention du sida en question (Raisons de santé 198)*, Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- CALVET, Louis-Jean (1993), *La sociolinguistique*, Paris, Presses Universitaires de France.
- GROSJEAN, Francis (2012), *Le choix de Michèle*, Paris, Point du Jour.
- GUEX, Patrice et Pascal SINGY (dir.) (2003), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, Genève, Editions Médecine et Hygiène.
- HYDEN, Lars-Christer et Elliot G. MISHLER (1999), « Language and Medicine », *Annual Review of Applied Linguistics*, n° 19, p. 174-192.
- LABOV, William et David FANSHEL (1977), *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation*, New York, Academic Press.
- LEWIN, Kurt (1948), *Resolving Social Conflicts*, New York, Harper.
- MARCELLESI, Jean-Baptiste et Bernard GARDIN (1974), *Introduction à la sociolinguistique : La linguistique sociale*, Paris, Larousse.
- MISHLER, Elliot G. (1984), *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*, Norwood, Ablex.

- MOUNIN, Georges (1969), « Quelques traits du style de Jacques Lacan », *La Nouvelle Revue Française*, n° 193, p. 84–92.
- MOUNIN, Georges (1970), *Introduction à la sémiologie*, Paris, Minuit.
- SHUY, Roger W. (1974), « Communications Problems in the Cross Cultural Medical Interview », *Papers of the Second Annual Conferences on Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, Key Biscayne, Florida.
- SHUY, Roger W. (1976), « The Medical Interview: Problems in Communication », *Primary Care*, n° 3, p. 365-386.
- SINGY, Pascal (2004), *Le sida au cabinet médical : les mots pour en parler*, Genève, Médecine et Hygiène.
- SINGY, Pascal (2005), « Langue, médecine et genre », dans Christa HEILMANN (dir.), *Kommunikationskulturen. Intra- und interkulturell. Festschrift für Edith Slembek. Sprechen und Verstehen. Schriften zur Kommunikationstheorie und Kommunikationspädagogik*, Sarrebruck, Roehrig Universitätsverlag, p. 87-93.
- SINGY, Pascal (2014), « Langue, genre et place de travail », dans Marilena KARYOLEMOU, Fabienne H. BAIDER et Marianne KATSOYANNOU (dir.), *Actes du 30^e colloque de linguistique fonctionnelle*, Fernelmont, EME, p. 117-120.
- SINGY, Pascal et Patrice GUEX (2008), *Communication et Médecine*, Limoges, Lambert-Lucas.
- SULSTAROVA, Brikela, Francesca POGLIA MILETI, Laura MELLINI, Michela VILLANI et Pascal SINGY (2015), « Disclosing and non-disclosing HIV status among Sub-Saharan migrant women living in Switzerland », *AIDS Care*, vol. XXVII, n°4, p. 451-457.
- SWINGLEHURST, Deborah, Celia ROBERTS, Shuangyu LI, Orest WEBER et Pascal SINGY (2014), « Beyond the dyad : a qualitative re-evaluation of the changing clinical consultation », *British Medical Journal Open*, vol. IV, n°9, e006017.